

El estado de la cuestión

La eutanasia: una reflexión filosófico-moral

Euthanasia: a Philosophical-Moral reflection

Javier de la Torre Díaz

Resumen

El artículo delimita el problema de la eutanasia y lo separa de otros muchos. Plantea los principales argumentos del debate y se centra críticamente en dos de los más importantes: el dolor y sufrimiento insoportables y la autonomía al final de la vida. La perspectiva que se ofrece es un análisis más social y comunitario de estos temas intentado superar el punto de vista liberal e individualista dominante.

Abstract

The article delimits the problem of euthanasia and separates it from many others. It raises the main arguments of the debate and focuses critically on two of the most important: unbearable pain and suffering and autonomy at the end of life. The perspective offered is a more social and communitarian analysis of these issues, trying to overcome the dominant liberal and individualistic point of view.

Palabras clave: Eutanasia, autonomía, dolor, sufrimiento, final de la vida.

Keywords: Euthanasia, Autonomy, Pain, Suffering, End of Life.

1. Hacia una de-limitación del problema

La primera tarea filosófica que tenemos que abordar es desnudar este concepto tan usado y manipulado. En una revisión histórica del concepto podemos descubrir que el origen y uso del concepto es muy amplio¹. En el mundo griego y romano la buena muerte, la eutanasia, implicaba distintas prácticas como la muerte después de una vida plena, la muerte oportuna, la muerte asumida serenamente, la muerte gloriosa llena de

¹ Cf. CAAMAÑO, José Manuel: *La eutanasia*. Universidad Pontificia Comillas, Madrid, 2013, pp. 43-107.

honra y la muerte suave y sin ningún sufrimiento. Aunque durante algunos siglos este uso se restringió a la ayuda del médico al moribundo a «dejar la vida más fácil y silenciosamente» (F. Bacon), con la modernidad y por influjo de la teología católica, el vocablo fue de nuevo ampliándose con adjetivos y con prefijos en torno a la eutanasia que hicieron que toda la reflexión moral del final de la vida girara en torno a la eutanasia: eutanasia activa, pasiva, directa, indirecta, distanasia, cacotanasia, ortotanasia, adistanasia, criptotanasia, etc.

Esta evolución conceptual está todavía muy presente en la actualidad. Muchos siguen hablando de eutanasia activa, pasiva, indirecta, distanasia. Hoy se hace necesario deslindar bien el concepto y encontrar conceptos más descriptivos que permitan diferenciar los distintos caminos por los que los seres humanos llegamos al final de la vida, a la muerte. Los antiguos conceptos estaban marcados por la valoración y por la presencia de muchos prefijos y sufijos al lado de la palabra eutanasia, lo cual hacía que todo pareciera estar manchado o perturbado por la connotación negativa de la eutanasia.

Hoy, con la tecnologización del morir, con la juridificación de los procesos de muerte, han aparecido nuevas palabras y nuevas prácticas que obedecen a una nueva sensibilidad: limitación y adecuación del esfuerzo terapéutico, rechazo del ensañamiento terapéutico (obstinación terapéutica) y del abandono, planificación anticipada de cuidados, instrucciones previas, sedación paliativa, derecho a saber y no saber, derecho al rechazo de tratamientos desproporcionados, rechazo de tratamientos fútiles, denegación del consentimiento, etc. Curiosamente, a pesar de las apariencias, sobre estas prácticas hay bastante consenso moral.

En España, además, desde diversas instancias se ha hecho un verdadero esfuerzo de clarificación de términos². Eutanasia es la actuación de un profesional sanitario que produce de forma deliberada la muerte de su paciente con una enfermedad irreversible porque éste, siendo capaz, se lo pide de forma expresa, reiterada y mantenida, por tener una vivencia de sufrimiento derivada de su enfermedad que experimenta como inaceptable y que no se ha conseguido mitigar por otros medios. Los rasgos que la configuran es que es una petición deliberada, realizada en interés de la persona, para aliviar el dolor, por un médico, en una enfermedad terminal o irreversible.

Nadie es dueño de las palabras, pero conviene llegar a acuerdos para pensar juntos. Por eso en este artículo asumimos esta definición.

² Cf. SIMÓN LORDA, P. /ALARCOS, P.: «Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras», en *Revista Calidad Asistencial* 23 (6), pp. 271-285; OMC y SECPAL: «Atención médica al final de la vida: conceptos y definiciones» (2015).

La eutanasia, por tanto, no es un asesinato, un homicidio, una retirada o rechazo de tratamiento con resultado de muerte, una sedación terminal, una adecuación o limitación del esfuerzo terapéutico, ni tampoco la retirada de la alimentación o hidratación artificial con resultado de muerte, etc. Sobre estos términos no va a tratar este artículo. Es claro que no toda retirada de un tratamiento tiene la misma valoración moral. Rechazar una quimioterapia a una mujer casada con hijos que tiene un cáncer de mama no es lo mismo que rechazar una quimioterapia después de dos años en un cáncer terminal de pulmón que se ha extendido por todo el cuerpo. Teniendo clara esta delimitación conceptual evitaremos la confusión reinante a la que contribuyen significativamente los medios de comunicación.

2. *Hacia una de-limitación de las preguntas*

El debate filosófico-moral en torno a la eutanasia se ha centrado en los últimos años en una serie de argumentos y cuestiones centrales. Prácticamente el 90% de lo escrito debate sobre la pendiente resbaladiza y la posible ampliación de la despenalización a casos nuevos, las consecuencias sociales para los más vulnerables, las consecuencias para los profesionales de la salud, la tradición del juramento hipocrático y la ética médica, la obligatoriedad de llevar a cabo tales prácticas, la compasión ante el dolor y el sufrimiento, los cuidados paliativos como alternativa o complemento, el valor y el derecho a la vida y su posible colisión con el tema de la eutanasia, la existencia o no de un derecho a morir dignamente, el valor de la autonomía, la influencia de la depresión al final de la vida y en los enfermos terminales, las presiones sociales y políticas sobre los más vulnerables, las presiones económicas de los sistemas de salud, las presiones de las familias y el cansancio de las familias ante los enfermos con cuidados de larga duración, la disponibilidad del propio cuerpo y sus límites, la diferencia o no entre matar y dejar morir, la relación entre la santidad de la vida y la calidad de la vida, la muerte como mal absoluto o mal menor, etc. En otros lugares, nos hemos detenido con calma en cada uno de estos argumentos³.

La pregunta filosófico-moral debe responderse a tres niveles siguiendo la ya clásica definición de ética de Paul Ricoeur como deseo de vida buena con y para otros en instituciones justas⁴. A nivel del paciente: ¿tiene derecho a decidir la terminación de su vida? ¿tiene derecho a pedir

³ Cf. MARCOS, A.M.^a / TORRE, J. de la (eds.): *Y de nuevo la eutanasia*. Dykinson, Madrid, 2019.

⁴ Cf. RICOEUR, P.: *Soi-Même comme un autre*. Seuil, París, p. 202.

ayuda a su médico para morir? A nivel de la relación clínica: ¿tiene el médico la obligación de responder a la petición de ayuda? A nivel social: ¿tiene el Estado que respaldar los derechos del paciente y el deber del médico?⁵

La eutanasia no es una cuestión que sólo interese a los individuos sino a nuestros sistemas de salud y al Estado. La prohibición de la eutanasia influirá en la clandestinidad de algunas prácticas privadas y en las elecciones individuales. La despenalización puede crear inseguridad y puede llevar a ciertos enfermos terminales y personas mayores a sufrir ciertas presiones en algunos contextos. No hay esferas aisladas. Lo personal, lo institucional, lo social, lo jurídico y lo cultural están relacionados en este tema que trata temas tan claves como el envejecer, el morir, el sufrir, la autonomía, etc.

3. *Hacia una jerarquización*

Los problemas del debate se centran de forma reiterada, para muchos autores, en dos temas: el dolor y el sufrimiento y la autonomía y la disponibilidad del propio cuerpo al final de la vida. Esta es la opinión de Helga Kuhse: «quienes han defendido la permisividad moral de la eutanasia han aducido como principales razones la compasión para los enfermos incurables y con el paciente que sufre y, en el caso de la eutanasia voluntaria, el respeto a la autonomía»⁶. En nuestro contexto, Javier Sádaba se expresa con igual claridad: «las dos columnas en las que se apoya la defensa de la eutanasia son la libertad y el no sufrir»⁷. Podemos citar muchos estudios, pero estos dos temas son las dos columnas que sostienen la tensión del debate en la literatura sobre la eutanasia.

3.1. El dolor, el sufrimiento, la compasión y la respuesta compasiva

Muchos enfermos consideran un grave daño continuar sufriendo o sobrevivir como un vegetal. Desde esta experiencia señalan que es una cruel-

⁵ Cf. ÁLVAREZ DEL RÍO, A.: *Práctica y ética de la eutanasia*. Fondo de Cultura Económica, México, 2005, pp. 206-217.

⁶ KUHSE, H.: «La eutanasia», en SINGER, P. (ed.): *Compendio de ética*. Alianza, Madrid, 1995, p. 406.

⁷ SÁDABA, Javier: «Eutanasia y ética», en MONTIEL, L. / GARCÍA ALONSO, M.^a (eds.): *Pensar el final: la eutanasia. Éticas en conflicto*. Editorial Complutense, Madrid, 2007, p. 36.

dad obligar a vivir con dolor a quien ha reflexionado detenidamente sobre lo que quiere al final de su vida y quiere acelerar su muerte⁸. Se trata de «preocuparnos por mejorar la calidad de la vida terrena, y esto incluye el aliviar la agonía de quienes no desean ser mártires»⁹, de quienes no desean morir entre dolores y sufrimientos inútiles y sin sentido. La licitud de tal postura se encuentra en que se considera tal situación existencial como carente de calidad de vida. Se considera que la vida en determinadas circunstancias no es valiosa. Por eso es legal el homicidio-suicidio piadoso. Se considera la vida indigna cuando la vida está repleta de sufrimientos y con falta de conciencia y autonomía. Desde una perspectiva eminentemente utilitarista y cuantificadora se asigna a las vidas humanas diverso nivel cualitativo y diferente nivel de protección según se tenga más o menos autoconciencia, autocontrol, sentido del tiempo, capacidad de relación.

Como todos sabemos, evitar el sufrimiento ha sido uno de los fines de la ética. No cabe tolerar ni coquetear con el sufrimiento inútil, ni sublimarlo diciendo que nos humaniza. El dolor es una señal que la evolución ha puesto para que sobrevivamos (si pones la mano en el fuego, te duele). Pero más allá de los dolores físicos que vienen en la vida, hay que tener en cuenta que, desde un punto de vista psicológico, el sufrimiento es tan inextirpable como la conciencia de la persona. Sufrimos al final de la vida también con el deterioro de nuestra imagen e integridad. Cuando nuestra imagen se deteriora, se deforma, en su proyección a los demás, cuando somos dependientes hasta lo increíble de los otros, mengua nuestra autoestima y buscamos acabar con dicho estado de cosas¹⁰. ¿Qué decir ante estas reflexiones?

1. Para algunos autores no cabe establecer jerarquías entre seres humanos¹¹. No hay diferencias de valoración entre un ser humano sano y enfermo, uno capaz y uno incapaz, uno bello y otro deforme, uno inteligente y otro deficiente mental. Como los buenos padres de familia, cuyo mejor ejemplo son los padres con hijos discapacitados, la buena atención a la persona frágil no hace distinciones y reconoce un valor único en cada persona¹².

2. Una precaución que hay que tener es que la distinción entre vida digna e indigna se hace para evitar el sufrimiento ajeno, pero se puede

⁸ Cf. CASAMIGLIA, A.: «Sobre la eutanasia», en VÁZQUEZ, R. (ed.): *Bioética y derecho. Fundamentos y problemas actuales*. Instituto Tecnológico Autónomo de México-FCE, México, 1999, pp. 160-164.

⁹ FARRELL, M.D.: *La ética del aborto y la eutanasia*. Abeledo-Perrot, Buenos Aires, 1993, p. 103.

¹⁰ Cf. SÁDABA, Javier: art. cit., pp. 39-41.

¹¹ Cf. SGRECCIA, E.: *Manual de Bioética I*. BAC, Madrid, 2018; LEONE, S.: *Nuovo manuale di bioética*. Città Nuova, Roma, 2007.

¹² Cf. MACINTYRE, A.: *Animales racionales dependientes*. Paidós, Barcelona, 2001.

correr el riesgo de hacerse no tanto pensando en el paciente cuanto en un sentido hedonista del que debe atenderlo o en sentido económico (más del 70% gasto sanitario se produce en los seis últimos meses de una persona). La distinción vida digna y no digna, para ciertos autores, puede acabar destruyendo la vida humana.

3. Otra precaución que hay que tener en cuenta si esas condiciones de sufrimiento se deben a cierta marginación social. La sociedad tiene obligación de luchar contra esas situaciones de marginación que pueden hacer la vida insostenible. La sociedad «no puede descuidar las obligaciones de justicia y no maleficencia con enfermos y ancianos hasta el punto de colocarles en situaciones que les hace preferir la muerte y luego atender solícitamente esta última petición»¹³.

4. Por otro lado, los avances en el tratamiento del dolor hacen que no pueda invocarse la muerte por compasión como único remedio contra el dolor. Se debe pasar, en determinados momentos, de la medicina terapéutica a la medicina paliativa que cuida, alivia y consuela. Es el momento de poner límites a la medicina tecnológica para centrarse en una medicina del cuidado y la compasión más que en una medicina de la curación. La compasión es un sentimiento espontáneo que expresa nuestra humanidad y nos hace comportarnos humanamente. Pero la compasión es algo más que un sentimiento, es también una virtud, una disposición habitual, fruto de nuestras decisiones libres. Está muy vinculada a nuestra humanidad, capacidad de conmiseración o misericordia. Lo que subyace es la capacidad de compadecerse por la desgracia del otro¹⁴. Este sentimiento que traspasa el yo hacia el tú y al revés, mitiga el propio egoísmo o el deseo de conservarse, como señala Rousseau, al salir el sujeto del propio bienestar al ver sufrir al semejante. La persona se apiada (tiene piedad) del otro, de su desgracia y la reconoce y recoloca en sí, en uno mismo.

5. Por otro lado, es imposible aliviar todo sufrimiento, pues es parte de la condición humana. Hay un sufrimiento no sólo físico sino social, psicológico y espiritual. Hay sufrimiento también cuando se mina la confianza, se incrementa el temor a revelar las propias preocupaciones, se vive en la incertidumbre, en la soledad, en el abandono. La apelación a la compasión muchas veces se hace desde una estrecha concepción del sufrimiento basada en una visión reduccionista del bien humano como es la visión utilitarista de Jeremy Bentham. La felicidad es comprendida como placer y ausencia de dolor. Esta narración de lo bueno es simple. También es un simplismo afirmar que el sufrimiento es bueno para el

¹³ GRACIA, D.: «Eutanasia: estado de la cuestión», en AA.VV: *Eutanasia hoy: un debate abierto*, op.cit., p. 288.

¹⁴ Cf. ARTETA, A.: *La compasión. Apología de una virtud bajo sospecha*. Paidós, Barcelona, 1996.

alma. La experiencia de sufrimiento es más compleja y tiene una creativa tensión más allá de la descripción que el utilitarismo realiza. Hay que reconocer una más rica y compleja narración de los bienes humanos pues, aunque aliviar el dolor es un bien importante no es el único bien que nosotros perseguimos. En la relación con los otros, aliviar del dolor es importante, pero hay aspectos mucho más ricos y más complejos que son importantes. En muchas situaciones, lo bueno no será plenamente realizado por una total liberación del sufrimiento sino encontrando motivos para sobrevivir y soportar el sufrimiento. Por este motivo es tan importante crear comunidades que puedan dar al sufrimiento de los seres humanos la fuerza y la motivación para soportar el dolor y la indignidad ante otros valores y bienes (justicia, amor, generosidad, familia, etc.)¹⁵.

6. ¿Cómo afrontar el dolor y el sufrimiento? Diego Gracia señala claramente que atender peticiones de morir sin procurar que cambien las condiciones de asistencia a los enfermos terminales y a las personas en situaciones difíciles es un enorme ejercicio de cinismo. Ya en 1990 el panel de expertos para el alivio del dolor y cuidados paliativos de la OMS estableció que «los gobiernos deben asegurar que han dedicado especial atención a las necesidades de sus ciudadanos en el alivio del dolor y los cuidados paliativos antes de legislar sobre la eutanasia»¹⁶. Para la Organización Médica Colegial y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (*Declaración sobre atención médica al final de la vida* de 2002) las peticiones de eutanasia «deben ser consideradas generalmente como una demanda de mayor atención y suelen desaparecer cuando se aplican los principios y la práctica de los cuidados paliativos». La despenalización se muestra ineficaz para asegurar una alta calidad en los cuidados al final de la vida. La aceptación amplia de la eutanasia y el suicidio asistido llevarán a un menor interés en los cuidados paliativos.

7. Lo que parece una evidencia es que, a través de unos adecuados cuidados paliativos, las solicitudes de eutanasia y suicidio asistido decrecen. Doerflinger y Gómez declararon que las encuestas de opinión indican que cuando a los pacientes americanos se les ofrecen los cuidados paliativos, tienden a oponerse a la eutanasia y declaran que la sociedad deberían centrarse en asegurar el control del dolor y un cuidado apropiado y compasivo más que animar a los pacientes a tomar sus propias vidas¹⁷. No es

¹⁵ Cf. HAUERWAS, S.: *Suffering Presence: Theological Reflections on Medicine, Handicapped and the Church*. T & T Clarck, Edinburgo, 1988, pp. 63-83.

¹⁶ WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Cancer Pain Relief*. WHO, Ginebra, 1990.

¹⁷ Cf. GORDIJN, B. / JANSSENS, R.: «The prevention of euthanasia through palliative care: new developments in The Netherlands», en *Patient Education and Counseling* 41, 1 (2000), pp. 39-40; PORTENOY, Russell K. et al.: «Determinants of the willingness to endorse assisted suicide: A survey of physicians, nurses, and social workers», en *Psychosomatics* 38, 3 (1997), p. 285; DOERFLINGER, R. M. /

cuestión de batallar sobre cifras pero es una evidencia que disminuyen significativamente.

8. La eutanasia no anima a buscar alternativas y a una mejora en la formación médica para aliviar el dolor. El argumento que utilizan algunos autores es que la eutanasia no anima a los equipos médicos a desplegar fórmulas de imaginación, compasión y humanidad para acompañar al paciente terminal. No los estimula a tomar todo el tiempo necesario y a buscar alternativas. Para Zbigniew Zylicz, médico especialista en cuidados paliativos, muchos médicos creen que conocen los cuidados paliativos porque utilizan morfina pero esto es un error pues los cuidados paliativos implican una atención mucho más amplia¹⁸. Es fundamental una mejora formativa de los médicos para tratar el dolor y admitir que el dolor nunca es evitable del todo. El problema para Zylicz es que la eutanasia, concebida en un primer momento como último recurso, se convierta actualmente en una alternativa rápida y fácil frente a la difícil tarea de atender y cuidar a los enfermos y sus familias en el final de la vida.

9. Lo que es una evidencia es que el tiempo pasado con pacientes y la formación en cuidados paliativos influye en la posición ante la eutanasia. Varios estudios parecen señalar la importancia del tiempo pasado con los pacientes y la importancia de la relación en las peticiones de eutanasia y en las opiniones sobre la eutanasia¹⁹. Muchos de los médicos que intervienen en la eutanasia en Bélgica y Holanda, paradójicamente, son de atención primaria y generalistas y no tienen una formación especializada en tratamiento del dolor y cuidados paliativos.

10. Lo que se plantea en el fondo es un debate asistencial, un problema de justicia social, de prioridades sociales antes que un debate moral y, por supuesto, antes que un debate legal. En Francia, todavía en el año 2016, en un debate parlamentario, una diputada socialista puso en evidencia que los CP sólo llegaban al 20% de los solicitantes. Por eso es importante reconocer que hoy todavía no gozamos de un óptimo cuidado. Demasiados pacientes mueren sufriendo síntomas físicos innecesarios como dolor, disnea, náuseas o vómitos. Demasiados también sufren depresión, ansiedad y desesperación. Pero, y esto es fundamental no

GOMEZ, C.F.: «Killing The Pain Not The Patient: Palliative Care Vs. Assisted Suicide», en *United States Conference of Catholic Bishops*. <http://www.usccb.org/about/pro-life-activities/respect-life-program/killing-the-pain.cfm>.

¹⁸ Cf. ZYLICZ, Z.: «Palliative care: Dutch hospice and eutanasia», en THOMASMA, D. et al. (eds.): *Asking to die. Inside the Dutch Debate about eutanasia*. Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, 1998, pp. 187-203.

¹⁹ Cf. VV.AA.: «Attitudes and Practices regarding Eutanasia and Physician-Assisted Suicide», en *Annals of Internal Medicine* 133, 7 (2000); VV.AA.: «Doctor's opinions on eutanasia, end of life care, and doctor-patient communication: telephone survey in France», en *British Medical Journal* 327 (2003), pp. 595-596.

olvidarlo, la despenalización de la eutanasia no termina con dicho proceso doloroso e indigno pues los casos en que sería aplicable son menos que los casos en que se produce el dolor y la indignidad en el morir²⁰. No puede venderse la despenalización como un modo de acabar con el sufrimiento al final de la vida y más todavía cuando este debate se está dando en el contexto de una crisis económica y de una menor solidaridad. Hoy se observa en algunos países una menor confianza en los cuidados paliativos que hace una década. Hay una cierta quiebra de la solidaridad social y económica que está influyendo en estos cambios y en la apuesta decidida por los cuidados paliativos y cuidados integrales de calidad al final de la vida. España ha caído en su posición en recursos en CP. España en el año 2013 se sitúa en el número 12 del ranking europeo con 49 puntos sobre un total de los 84 posibles, lo que supone una caída desde su octava posición en el año 2007. 80.000 personas mueren al año en España sin cuidados paliativos.

11. Un problema es la valoración de la gravedad de la enfermedad y del sufrimiento pues la gravedad a veces viene de patologías múltiples, ninguna de las cuales por separado es grave. Es peligroso que se practique la eutanasia a una persona «con patologías múltiples» y ninguna grave. J. Herremans, presidente de la ADMD/ Bélgica, llegó a decir: «Es posible también considerar la presencia de una pluripatología, es decir, la combinación de varias afecciones de las cuales ninguna, tomada individualmente, puede ser calificada de grave e incurable. Pero precisamente por darse juntas, provocan sufrimientos psíquicos y morales que no se pueden aliviar». El problema es cuando entran ya factores como la edad, el cansancio de vivir, poliartrosis con movilidad reducida, ceguera o sordera en el marco de la eutanasia²¹.

12. Pellegrino afirma que el proceso de muerte es una experiencia única y significativa de la vida de una persona y que muchas veces en esta fase de la vida uno descubre su verdadera identidad. La eutanasia terminaría abruptamente este proceso e impediría al paciente y sus familiares y cuidadores esta experiencia irrepetible, y en un cierto sentido, enriquecedora²². Como muchos sabemos, al final de la vida se dan condiciones para llegar a una profundidad e intensidad, una verdad que antes no han sido vividas. Este modo de vivir implica asumir

²⁰ EMANUEL, E.L.: «Euthanasia: where the Netherlands leads will the world follow? No. Legislation is a diversion from improving care for the dying», en *British Medical Journal*, 322 (2001), pp. 1376-1377.

²¹ Cf. MONTERO, E.: *Cita con la muerte. 10 años de eutanasia legal en Holanda*. Rialp, Madrid, 2013, pp. 69-71.

²² Cf. PELLEGRINO, E.: «Doctors Must Not Kill», en MISBIN, R.I. (ed.): *Euthanasia: The Good of the Patient, the Good fo Society*. University Publishing Group, Maryland, pp. 30-42.

la muerte como un proceso frente a las tentaciones de las soluciones rápidas. Como afirma Herranz: «ningún paliativo podrá competir nunca ante la baratura y velocidad de la eutanasia»²³. Theo Boer, un importante impulsor de la eutanasia en Holanda, reconoce que estos enfermos «podrían haber vivido décadas si no se les hubiera practicado la eutanasia y se les hubiera atendido con cuidados paliativos»²⁴. En una sociedad de lo inmediato, de soluciones cortas, de atajos, la tentación de ofrecer soluciones simples a problemas culturales complejos perdiéndonos así respuestas más hondas.

13. Una cuestión debatida es la incompatibilidad o compatibilidad de la eutanasia y los cuidados paliativos. Para algunos autores la defensa de los cuidados paliativos no es incompatible con la eutanasia. En ciertas personas puede «representar un final digno para unos buenos cuidados paliativos». Este argumento de los cuidados paliativos, con ser importante, no puede ser utilizado para desactivar y no debatir el tema de la eutanasia. Siempre habrá algunos pacientes que a pesar de unos buenos cuidados paliativos sigan sufriendo de modo insoportable y consideren indigna su vida hasta tal punto que soliciten ayuda para morir. Hay personas con limitaciones funcionales severas sin calidad de vida, personas que viven la elección del final de la vida como un derecho y personas que se sienten muy cansadas y lúcidamente quieren apretar el acelerador al final²⁵.

Detrás de la eutanasia en muchas personas lo que hay es un grito muy claro: «¡No quiero sufrir! No deseo ningún dolor inútil». Al doctor Gómez-Batiste, uno de los pioneros de los cuidados paliativos en España, le preguntaron una vez qué haría si se estuviera muriendo y sufriera un dolor intolerable, y rápidamente contestó: «Cambiaría de médico». La pericia de ciertos médicos en materia de control de dolor de los síntomas resulta con demasiada frecuencia insuficiente. Ciertos pacientes al cambiar de servicio o de manos expertas y reajustando el tratamiento anestésico, dejan de pedir la eutanasia justificada por dolor insoportable. Muchos enfermos con un mejor tratamiento del dolor, una pastilla de antidepresivos y alguna sesión terapéutica cambian de actitud.

Para algunos hay veces que esto no es posible y que no es posible tener unos buenos cuidados paliativos y no hay posibilidad aquí y ahora de controlar el dolor. En esas situaciones aparecen ciertos argumentos en la literatura para tolerar la eutanasia en ciertas situaciones.

²³ HERRANZ, G.: «Tratamiento del dolor y ética médica», en *Desde el corazón de la medicina. Homenaje a Gonzalo Herranza*. OMC, Madrid, 2013, pp. 337-338.

²⁴ BOER, Theo: «Euthanasia, Ethics and Theology: A Dutch Perspective», en *Review of Ecumenical Studies Sibiu* 6 (2/2014), p. 206.

²⁵ Cfr. BERMEJO, J.C. / BELDA, R.M.³: «¡No quiero sufrir! Sobre la eutanasia y otras cuestiones del final de la vida». Sal terrae, Santander, 2019, p. 37.

A. Un argumento es el del mal menor. Hay casos poco frecuentes, pero más numerosos de lo deseado en que los CP son ineficaces. En una situación en que «se llega a un resultado indeseable, es necesario tener el coraje de provocar deliberadamente la salida menos indeseable. Es el principio del mal menor. ¿Se aplica igualmente al final de la vida? No veo cómo podría rechazarse su aplicación cuando se acepta la guerra justa y la legítima defensa... Si en caso de fracaso de los CP la conciencia moral se persuade con toda lucidez crítica, de que no hay ninguna otra salida positiva a la situación y de que la salida negativa sería la eutanasia directa activa, me parece que nadie podría juzgar la transgresión cometida así. Se observará a las dos condiciones que definen las situaciones sin salida moral como extremadamente restrictivas: ausencia de salida positiva y demostración de que la salida considerada como posible representa el mal menor. Es raro, a mi modo de ver, que estas condiciones se presenten, pero no se puede excluir que lleguen a darse²⁶. «No podemos afirmar que la eutanasia o el suicidio sean siempre males mayores que las enfermedades que padecen quienes solicitan tales prácticas, no son rechazables sin más como males absolutos»²⁷.

B. Otro argumento utilizado es el de las similitudes con el nacimiento. H. Dopaso se pregunta: «¿Qué ocurre cuando en un parto la criatura se atasca por alguna complicación y se detiene en su descenso, no pudiendo nacer? En la emergencia se aplica un fórceps y hábilmente se completa la rotación, el descenso insuficiente... Esto es distinto de obstetras que practican cesáreas y partos inducidos para lograr nacimientos en días y horas fijas, de acuerdo al cronograma de sus propias comodidades, en lugar de respetar los tiempos de la naturaleza. Igual que en ciertas situaciones excepcionales se acelera el nacimiento... en otras hay que acelerar el tránsito final»²⁸.

C. Otro argumento es el argumento de las excepciones, de las situaciones extraordinarias o conflictivas. La despenalización en determinadas situaciones extremas manifestaría el carácter excepcional del problema y la remisión a la conciencia. Incluso esta situación dramática de excepcionalidad es reconocida en algunos contextos cristianos. D. Bonhoeffer señala que existen casos en los que «hay sin ninguna duda muchas dificultades y que, sin embargo, una condena resultará imposible». P. Sporken habla de casos excepcionales. Hans Küng afirma que la libertad

²⁶ MALHERBE, J.F.: *Hacia una ética de la medicina*. San Pablo, Santafé de Bogotá, 1993, p. 184.

²⁷ AGUIAR, F. / SERRANO, R. / SESMA, D.: «Eutanasia y suicidio asistido: un debate necesario», en *Policy papers* 3 (2009). Centro de Estudios Andaluces, Consejería de Presidencia de la Junta de Andalucía, p. 5.

²⁸ DOPASO, H.: *El buen morir*. Era Naciente, Buenos Aires, 1994, pp. 94-97.

es un atributo dado por Dios al ser humano y que la eutanasia cabría en enfermos muy graves, como última opción, sabiendo lo que se hace.

Se están haciendo esfuerzos para que sean alternativas complementarias y no excluyentes. Salvador Paniker señala que «no debe haber eutanasia sin previos cuidados paliativos ni cuidados paliativos sin posibilidad de eutanasia»²⁹. Muchos médicos de Cuidados Paliativos reconocen que todos los sufrimientos no se pueden aliviar y que hay que admitir en algunos casos la opción excepcional de la eutanasia, pero por otros médicos y en otro lugar. Otros apuestan claramente por una sedación profunda-fuerte provocando la muerte de modo indirecto o reduciendo la conciencia en ciertos momentos álgidos de dolor, lo cual consideran una opción más justificable que la eutanasia. Hasta Timothy Quill, que reconoce que ha ayudado a algunos pacientes a acabar con sus vidas, a veces en secreto y a veces abiertamente, afirma hoy la dificultad de integrarlos y la necesidad de ir mejorando el modo de acompañar y de paliar hasta el último momento, porque es eso lo que demanda de nosotros la dignidad de esa persona, tan deteriorada, tan depauperada por dentro y por fuera.

La clave cultural del dolor y el sufrimiento es clara. La soledad es hoy lo que más hace sufrir a muchos mayores. La instalación en sociedades del bienestar hace que profesionales y familias tengan el peligro de proyectar sus propios temores al dolor y el sufrimiento en el enfermo sobrevalorando o infravalorando el sufrimiento. No se puede caer en una obsesión por huir del sufrimiento. La vida es una mezcla donde muchos mayores y enfermos lo que sufren es por una falta de atención adecuada, por la soledad, por no vivir en su hogar, por sufrir discriminación, etc. La eutanasia es una derrota social, política y sanitaria ante el cuidado de los más vulnerables. Supone un cierto corte, distanciamiento y reacción al contacto, afecto y cuidado, una cierta deshumanización. Supone reconocer social y jurídicamente que ciertas vidas ya no merecen la pena ser vividas y mantenidas. Detrás hay una dificultad social de integrar la fragilidad, la dependencia y la vulnerabilidad humanas. Todos somos conscientes del valor del placer y la felicidad y de la necesidad de evitar el dolor (Aristóteles, Epicuro, Hume, Mill...), del valor de un deseo o una voluntad deliberada, reflexionada, que busca el bienestar, la amistad y el goce, pero hoy tenemos muchas más posibilidades y caminos que antes para marcharnos, como decía Séneca, de salir de la vida, de morir bien y de huir del peligro de vivir mal.

²⁹ PANIKER, S.: *El País*, 13 de mayo de 2001.

3.2. El tema de la autonomía en el final de la vida

El tema de la autonomía para muchos es el corazón del problema pues algunos enfermos prefieren adelantar su final, su muerte, aun cuando tengan la posibilidad de tener un tratamiento para aliviar su dolor. Lo que es central para ellos es decidir cómo y cuándo morir. Muchos quieren ser recordados antes de entrar en un deterioro notable y esto les parece más importante que el mismo dolor. El problema de esta opción es que el paciente rechaza la ayuda estrictamente médica y solicita otra que va más allá de la atención médica. Se rechaza un tratamiento y cuidado médicos y se busca al médico para ayudarlo médicamente a morir.

Max Charlesworth apunta que cada modelo político de sociedad (autoritario, paternalista, liberal, teocrático o tradicional) toma decisiones distintas en los problemas bioéticos. En las sociedades liberales, las decisiones dependen del papel otorgado a la autonomía: «en una sociedad liberal, el valor supremo es la autonomía personal, es decir el derecho de uno mismo a elegir su estilo de vida propio»³⁰. Aceptar este núcleo liberal supone asumir la separación entre moral personal y ley (ley no se ocupa de moral personal), reconocer el pluralismo ético y asumir que no existe un conjunto de valores esenciales o moralidad pública que deba ser salvaguardado. Para este autor «la gente tiene el derecho, como un agente moral autónomo, a decidir en ciertas circunstancias que su calidad de vida está tan disminuida que continuar con una existencia así no tiene humanamente ningún sentido y por lo tanto puede acabar con ella...Dicho de otro modo, la gente tiene el derecho de terminar y controlar las circunstancias de su vida»³¹. La autonomía es elegir por sí lo que se va a hacer. Si asumimos el valor central de la autonomía, la conciencia y la libertad, de los actos reflexivos e informados no podemos dejar en manos del destino un hecho tan decisivo como la muerte. Hay un derecho autónomo del paciente a controlar el fin de su vida. El final del libro es elocuente: «Una sociedad de agentes morales o personas autónomas y autodeterminadas está sujeta a muchos riesgos y peligros, así como abierta a la posibilidad de degenerar en un individualismo estrecho y estéril preocupado solamente por los “derechos”. Pero el acto de fe liberal reza que tal sociedad es infinitamente preferible a una sociedad de “menores” morales que viven bajo la “autoridad”, siempre hacen lo que es “objetivamente” bueno, y viven de sus papeles asignados en estructuras “tradicionales”, pero nunca eligen realmente su vida por sí mismos»³².

³⁰ CHARLESWORTH, Max: *La bioética en una sociedad liberal*. Cambridge University Press, Cambridge, 1996, p. 1.

³¹ *Ibíd.*, p. 39.

³² *Ibíd.*, p. 205.

La autonomía se refiere a la capacidad de autogobierno del sujeto, comprendida como capacidad de proponerse fines y tomar decisiones racionales para conseguirlos. Por eso, «el derecho más básico a la autonomía es el derecho a decidir cómo uno ha de vivir la propia vida, en particular, cómo ha de tomar las decisiones de vida críticas: qué cursos de estudio tomar, qué habilidades cultivar, qué carrera seguir, con quién (o si) casarse, a qué iglesia ir (si a alguna), si ha de tener hijos, etc.»³³. El Estado tiene que respetar esta autonomía y, por ello, no debe interferir en las decisiones individuales referidas a la adopción y persecución de planes de vida, ideales de virtud o de excelencia humana.

En el concepto liberal de eutanasia se reconoce que a las personas que no quieren vivir no se les hace un mal cuando se les otorga el derecho a morir. La perspectiva que da prioridad a la autonomía y libertad del individuo de actuar a su libre albedrío es lo que llama Harris el punto de vista liberal de la eutanasia³⁴. Para Harris y Dworkin, las creencias y deseos de una persona con respecto a su destino son una parte esencial del valor no sólo de su propia vida sino del valor de la vida humana en general. Reconociendo que en la sociedad hay diversas opiniones y concepciones sobre valor de la vida, la cuestión crucial es si la sociedad elegirá la coerción o la responsabilidad personal, si impondrá un juicio colectivo sobre asuntos del más profundo carácter personal e individual. Son valores tan centrales que están en el centro de la vida de todo el mundo y no podemos aceptar órdenes de otros. «Hacer que alguien muera de un modo que otros aprueben, pero que el interesado considere una aterradora contradicción de su vida, es una devastadora y odiosa forma de tiranía»³⁵. Esta cuestión tiene una importancia cósmica pues los deseos de controlar su propio destino son algo esencial en la historia de la persona. Por este motivo, es una tiranía intentar controlar la vida de una persona que tiene sus propias opiniones autónomas acerca de cómo llevar su vida. Detrás de este modelo subyace una filosofía individualista, propia de la bioética norteamericana, que tiende a asimilar la vida a la propiedad, considerándola completamente disponible y negándole toda función social.

Pero ¿acaso la eutanasia no afecta a terceros negativamente? Para Mill, la libertad, el bienestar, la empatía y la justicia van unidas. Por eso es central el principio del daño desde su libertad: «la única finalidad por la

³³ FEINBERG, J.: *Harm to Self. The Moral limits of Criminal Law*. Oxford University Press, Oxford, 1986, p. 54 (ver capítulos 18 y 19).

³⁴ HARRIS, J.: «La eutanasia y el valor de la vida», en KEOWN, J. (comp.): *La eutanasia examinada. Perspectivas éticas, clínicas y legales*. FCE, México, 2004, pp. 32-34.

³⁵ *Ibíd.*, pp. 40-41.

cual el poder puede, con todo derecho, ser ejercido sobre un miembro de la sociedad civilizada contra su voluntad, es evitar que perjudique a los demás»³⁶. Desde estos planteamientos algunos concluyen que suprimir la vida de un enfermo terminal «no suele causar daño a los demás, sino que, por el contrario produce alivio a los cuidadores, así como supone un beneficio para la economía sanitaria»³⁷. ¿Es clara esta afirmación?

Hasta la propia E. Guisán reconoce que una defensa del derecho a la eutanasia puede llevar a actitudes hipócritas e insensibles a las carencias ajenas. En vez de luchar por la mejora de las condiciones para que vivir valga la pena, lavarnos las manos y administrar eutanasia a la carta³⁸. Varias cuestiones hay que pensar sobre esta autonomía en clave individualista tan dominante hoy y defendida por autores como Harris, Dworkin, Charlesworth, Singer, Savulescu y en nuestro país por Guisán, Sádaba o Panikkar. Dado que sus argumentos son más conocidos y divulgados, planteamos algunas cuestiones críticas para ser tenidas en cuenta en un debate complejo:

1. Esta interpretación se enfrenta a la tradición kantiana que considera el suicidio como un acto contra los deberes consigo mismo que se derivan de la dignidad humana. El suicida se trata a sí, como medio.

«Parece en principio absurdo que el hombre pueda ofenderse a sí mismo (*volenti non fit iniuria*). De ahí que el estoico considera como un privilegio de su personalidad (del sabio) salir de la vida (como de una casa en llamas) voluntariamente, con el alma tranquila, sin estar apremiado por el mal presente o previsible, siendo así que no puede servir para nada más en la vida. Pero precisamente este valor, esta grandeza de alma de no temer a la muerte y de conocer algo que el hombre puede apreciar más que su vida, hubiera tenido que ser para él un móvil tanto mayor para no destruirse, para no destruir a un ser dotado de un poder tan grande sobre los más fuertes móviles sensibles; por tanto, para no quitarse la vida. Disponer de sí mismo como un simple medio para cualquier fin supone desvirtuar la humanidad en su propia persona»³⁹.

2. Parfit apunta el carácter irrevocable de la decisión y la estructura temporal de la existencia humana. Reconoce que la renuncia a la vida no sería válida en el presente para hacer posible el derecho a la vida

³⁶ *Ibíd.*

³⁷ GUISÁN, E.: «La eutanasia, una cuestión filosófica (no dogmática)», en AA.VV.: *La muerte digna. 10 reflexiones sobre la eutanasia*. Spiralía Ensayo, A Coruña, 2007, p. 141.

³⁸ *Ibíd.*, p. 143.

³⁹ KANT, I.: *Metafísica de las costumbres*. Tecnos, Madrid, 1989, p. 282.

en el tiempo futuro. Mi decisión irreversible en favor de mi muerte de hoy me impide tomar nuevas decisiones en el futuro. Un eventual yo futuro, determinado por creencias y actitudes diferentes, podría sentirse frustrado por la pérdida de este bien. Si hay disponibilidad de la vida, se impide el surgimiento de ese yo futuro, se produce un daño semejante a un homicidio. Es análogo al argumento de la ecología en contra de decisiones actuales que perjudican los derechos de las generaciones futuras. La irrevocabilidad de la renuncia a la vida deja sin objeto el derecho a la misma.

3. Se confunde la autonomía moral con la autonomía personal olvidando que las personas no son sólo autónomas sino interdependientes. La autonomía es lo contrario de la heteronomía, pero no de la dependencia, como bien afirma MacIntyre. La dependencia, vinculada a la fragilidad, a la labilidad y la vulnerabilidad es un rasgo de nuestro ser humanos, como afirman Levinas, Ricoeur y Nussbaum, que nos hace estar irremediabilmente abiertos a los otros. Somos seres sociales, seres viviendo en alteridad. Como señala Laín Entralgo: «Reconozco tu derecho de persona humana a actuar autónomamente; pero sólo cuando tus actos sean auténticamente *intransitivos*, cuando el término de ellos seas tú y nada más que tú. ¿Estás seguro de tu suicidio y el de cualquier otro hombre es un acto total y verdaderamente intransitivo? Tu suicidio, además de la destrucción de tu vida biológica y tu vida personal, ¿será también causa del daño-dolor, perjuicios diversos que puedan sufrir otras personas? Y en tal caso, ¿tendrás pleno derecho a quitarte tu vida o a pedir a un médico te ayude eficazmente a morir?»⁴⁰.

4. La muerte tiene una dimensión socio-cultural. Engelhart reconoce que la eutanasia no puede reducirse a un problema de autonomía: «La muerte y el morir significan anticipación, suceso y recuerdo. La muerte es anticipada por el afectado y, en la mayoría de los casos, no se experimenta en un cumplimiento inmediato; la muerte es también un suceso para los otros o para el mundo circundante. Por lo tanto, la eutanasia no es sólo un problema referido a la autonomía individual, sino también está relacionada con la reacción de la familia y la sociedad ante la enfermedad, la limitación y la edad. Por otro lado, la muerte y el morir tienen su lado económico, modelado por la relación entre las generaciones. Los intentos de suicidio señalizan conflictos individuales, pero también culturales y sociales y, por lo general, corresponden a llamadas de atención a los parientes y amigos. El hombre vive y muere en la sociedad; y la sociedad está inserta en el mundo de la cultura. El moribundo recibe apoyo y sosiego no sólo de su familia, amigos o colegas de trabajo, sino

⁴⁰ LAÍN ENTRALGO, P.: «Prólogo», en AA.VV.: *Eutanasia hoy. Un debate abierto*. Noesis, Madrid, 1996, p. 25.

que la tranquilidad puede venir también de los valores de la cultura –la literatura, la pintura, la música, la filosofía y la teología–. Junto a la “trascendencia inmanente” de la cultura, de la que todo hombre forma parte, que está colmada de ayuda y de orientación para el cuerpo, el alma y el espíritu⁴¹.

5. La cuestión es si en el principialismo, la autonomía es uno de los cuatro principios o es el primero entre los iguales⁴². La autonomía parece funcionar en muchos autores de este modo. Pero D. Gracia señala que el principio de no maleficencia y justicia son principios de más elevado rango que la autonomía. «Nadie debe hacer mal a otra persona, aunque ésta se lo pida»⁴³. En esa línea va el juramento hipocrático y los códigos deontológicos: su defensa de la salud no puede llevar el derecho a acortar la vida de un enfermo.

6. La eutanasia supone un incremento de la asimetría en la relación médico-paciente y hace que puedan darse situaciones de abuso de poder, en términos de conocimientos científicos y técnicos. Ten Have ha reconocido que la eutanasia que comenzó inicialmente como una reacción al enorme poder médico y los avances tecnológicos, treinta años después en Holanda ha supuesto un incremento de su poder pues son los médicos los que deciden qué sufrimiento es insoportable, si la petición puede ser concedida, la derivación a otro especialista. La eutanasia concede un mayor poder a los profesionales al final de la vida pues son los que deciden si cumplen los criterios de acceso⁴⁴. Hay un enorme poder de sugestión del médico y del entorno sobre la voluntad del enfermo. Es una utopía el sin presión externa. No hay decisión sin vinculación con el entorno, familiares, cuidadores, hospital, etc. «Es ingenuo suponer que los propios puntos de vista del médico, expresados en los encuentros con el paciente, carecen de influencia sobre este. Los puntos de vista personales pueden estar implícitos en las preguntas que no se hacen y que deberían haberse hecho, o en el desafío que no se ha propuesto y que debiera haberlo sido»⁴⁵.

7. La dimensión psicológica. Raanan Gillón, piensa que una preocupación en Reino Unido es que la legalización suponga una presión psicológica o moral para pedirla «voluntariamente» para dejar de ser una

⁴¹ ENGELHARDT, D. von: «Eutanasia: entre terminar la vida y asistir al moribundo», en MONTIEL, L. / GARCÍA ALONSO, M. (eds.): *Pensar el final: la eutanasia. Éticas en conflicto*. Editorial Complutense, Madrid, 2007, p. 27.

⁴² Cf. GILLON, R.: «Ethics needs Principles -Four Can Encompass the Rest- and Respect for Autonomy Should Be “First among Equals”», en *Journal of Medical Ethics* 29 (2003), pp. 307-312.

⁴³ GRACIA, D.: *Procedimientos de decisión clínica*. Eudema, Madrid, 1991, p. 128.

⁴⁴ Cf. TEN HAVE, H. / WELIE, J.M.V.: *Death and Medical Power: an ethical analysis of Dutch eutanasia practice*. Open University Press, Maidenhead, 2005.

⁴⁵ WESTLEY, P.: «Dying Safely», en *Issues in Law and Medicine* 8 (1993), p. 380.

carga para la familia o el Estado⁴⁶. Las fases de Kübler-Ross en los enfermos terminales han mostrado como la mayoría de los enfermos terminales pasan por etapas de negación, ira y depresión. La depresión aumenta al menos un 4% las peticiones de eutanasia según un estudio. Otros afirman que un 20% de los que solicitan un suicidio asistido están deprimidos. Para otros la incidencia es mayor. ¿Hay que respetar una decisión en un estado de depresión? ¿Es una decisión autónoma?

8. Muchos cuestionan la autenticidad del deseo del enfermo irreversible. Su deseo de morir manifiesta algo que realmente no desea. Por eso es fundamental interpretar sus manifestaciones de modo adecuado y nunca de modo literal. Muchas de las peticiones de eutanasia son enmascaradas peticiones de asistencia y afecto, calor humano y cercanía. El ser humano no es transparente a sí mismo. El inconsciente crea mecanismos de defensa para no revelar a los otros su psicología profunda. Muchos expresan deseos contrapuestos: deseo de morir y deseo de vivir. ¿Se les apoya sólo uno? Muchos lo que quieren es vivir y morir de otra manera. Y también es paradójica la situación que la petición normalmente se hace en un contexto de sufrimiento insoportable. Tiene algo de ilusión hablar de decisión libre en ese contexto de no-firmeza (in-firmus).

9. Influencia del contexto familiar y hospitalario. La situación puede ser difícil, hay a veces que manejar mucha información o que sea complicada, puede haber muchos intereses en juego, el contexto puede ser muy emotivo o estar sometido a coacciones o a una gran tensión. El ambiente hospitalario además puede, a veces, despojar al individuo de su personalidad provocando una fuerte pérdida de contactos sociales, un enorme sufrimiento emocional, una cosificación y frecuentemente cae en toda una serie de creencias irracionales y a-racionales donde se hace muy difícil un nivel alto de racionalidad en el juicio.

10. La autonomía nunca es suficiente para legalizar la eutanasia. Todas las legislaciones ponen condiciones. No existe un derecho a quitarse la vida simplemente en nombre de la libertad. No existe la muerte puramente elegida, libre desde una razón pura. La posibilidad siempre está abierta a condiciones y límites. La autonomía además no genera el derecho del paciente a cualquier tratamiento sino solamente a los adecuados. No se puede admitir simplemente una solicitud de eutanasia simplemente porque es autónoma. Es importante que sea una indicación médica, una obligación médica en esa situación ante un dolor físico o un sufrimiento psicológico. No aceptar estos límites nos llevaría a una dictadura del consumidor. Todos los ordenamientos jurídicos que despenalizan la eutanasia lo hacen bajo ciertas condiciones y límites.

⁴⁶ Cf. GILLON, R.: «Euthanasia in the Netherlands –down the slippery slope?», en *Journal of Medical Ethics* 25 (1999), pp. 3-4.

11. La autonomía está muy limitada por condicionamientos sociales. Tenemos que preguntarnos por qué no creamos aquellas condiciones sociales que posibiliten una mejor atención para estas personas al final de la vida, por qué no eliminamos esos sufrimientos causados por problemas de tipo social. Estos factores sociales son diversos⁴⁷ y configuran el deseo de morir: edad, contexto cultural, fragilidad, dependencia de los médicos, falta de confianza en sistema sanitario, presiones familiares, sufrimiento psicosocial, dificultad de manejo del sufrimiento y falta de esperanza, falta de cuidados paliativos de calidad, falta de apoyo a los cuidados de larga duración y cansancio, depresión, pérdida de sentido de comunidad y de participación en lo común, coacción sociocultural, falta de respeto a la vida frágil, falta de solidaridad al final de la vida, soluciones rápidas y sencillas a problemas complejos y de larga duración, falta de afecto y cercanía, soledad, temor al abandono y temor a ser una carga.

12. Hay un profundo temor a convertirse en una carga económica y emocional, ser un problema, sobre todo para los hijos. Esto conlleva un cambio de la propia comprensión: soy una carga, soy un problema, soy como una cosa, una planta, un armario aparcado, un trasto viejo e inútil. Este sentimiento nace de las actitudes que se ven y escuchan a los familiares y cuidadores que muchas veces no aguantan el sufrimiento de las personas que quieren. Muchas veces estos temores los llevan a arrojarlos fuera, a apartarlos, a abusos, a violencias y maltrato, etc.

Una cultura individualista y autorreferencial tiende a negar que las decisiones eutanásicas afectan a los otros, a la sociedad, a la cultura. Los efectos de la eutanasia no quedan encerrados en la autonomía y la intimidad y conciencia del yo, sino que influyen en espacios públicos como las habitaciones de un hospital o un hogar o en los debates familiares o parlamentarios pues somos seres sociales que vivimos interconectados. La manera de morir nos afecta a todos. Todos sabemos que el valor de la libertad individual no puede simplemente tomarse en un sentido individualista, sino que la libertad tiene una dimensión ineludiblemente social. La libertad no es totalmente independiente de la relación de la persona con otras personas. Habermas ha señalado en este sentido con gran lucidez que «la autonomía o voluntad libre no es una propiedad caída del cielo, que automáticamente recibe cada ser humano. Es más bien una conquista precaria de las existencias finitas, existencias que solo teniendo presente su fragilidad física y su dependencia social pueden obtener algo así como fuerzas»⁴⁸.

⁴⁷ Cf. TORRE, J. de la: «Eutanasia: los factores sociales del deseo de morir», en *Revista Iberoamericana de Bioética* 11 (2019). <https://revistas.comillas.edu/index.php/bioetica-revista-iberoamericana/article/view/11599>

⁴⁸ HABERMAS, J.: *El futuro de la naturaleza humana*. Paidós, Barcelona 2001, pp. 51-52.

La autonomía no puede ser entendida como no interferir en el ámbito de decisión del otro, ni la libertad consiste en poder hacer todo lo que no daña a los demás. Esta libertad está coja y el propio Marx en *La cuestión judía* denunció «la libertad del hombre en cuanto mónada aislada y plegada en sí mismo» y así como que «el derecho humano a la libertad no está basado en la unión del hombre con el hombre, sino, por el contrario, en la separación del hombre respecto al hombre». La autonomía no puede ser entendida como desligarse y separarse. Las relaciones no quitan la libertad y la autonomía. Crecer en libertad es tomar conciencia de estas relaciones, es hacerse cargo de esa base histórica de muchos de nuestros condicionamientos también, aunque no lo dijera Marx, en el final de la vida. No existe el sujeto transparente a sí mismo, con una voluntad completamente libre, dueño de sí, al margen de toda presión y decidiendo algo que sólo le atañe a él.

La eutanasia tiene una clara dimensión sociopolítica. Las personas no son dueñas de su muerte. Necesitan que otro se encargue de hacerles morir. Morir bien no es tan fácil ni tan sencillo. En los países donde es posible la eutanasia y el suicidio asistido a la vez (Canadá, Holanda y Luxemburgo), más del 90% optan por la eutanasia y quieren que sea un médico el que les provoque la muerte. Además, la decisión de morir no sólo me atañe a mí sino también afecta a muchos de los que quedan. La decisión no es una petición individual ante la que hay que ser sensible, sino un derecho que otorga o no la sociedad y que debe pensarse si es lo mejor y lo prioritario.

Hemos presentado en esta última parte las principales tesis a favor de la eutanasia desde un punto de vista liberal y las hemos complementado con las reflexiones que desde una perspectiva más social se señalan desde otros puntos de vista.

Recibido el 20 de diciembre de 2019

Aprobado el 24 de enero de 2020

Javier de la Torre Díaz
Universidad Pontificia Comillas
jtorre@comillas.edu